

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

82

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Docteur Julien VIEL

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

FIBROMES GRAVIDIQUES

Des Indications Opératoires

au Cours de la Grossesse

Président de Thèse: M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale — Chevalier de la Légion d'Honneur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1920

83

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547121_0065

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Docteur Julien VIEL

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des

FIBROMES GRAVIDIQUES

Des Indications Opératoires
au Cours de la Grossesse

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstetricale — Chevalier de la Légion d'Honneur



PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

Professeurs :

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHT.
Physique médicale.....	BROCA André.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils.....	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	HUTINEL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	DUPRE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.....	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	HARTMAN.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique.....	BROCA (Auguste).
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	A. ROBIN.
	P. SEBILLEAU.

Agrégés en Exercice :

MM.

ACGLAVE.	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	LABBE (Henri).	MOCQUOT.	POUVIERE
CAMUS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON.	SCHAWARTZ.
CASTAIGNE.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	SICARD.
CHAMPY.	LECENE.	OKINCZYC.	TANON.
CHEVASSU.	LEMIERRE.	OMBREDANNE	TERRIEN.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTIERER.	VILLARET.
GREGOIRE.	LEREBoullet.	RIBIERRE.	ZIMMERN.
GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS
DES HOSPICES CIVILS DE NANTES :

MM. LES DOCTEURS E. BUREAU, OLLIVE, GUILLEMET,
TEXIER ET LE MEIGNEN,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSSE

qui nous a inspiré ce travail et guidé avec une
grande bienveillance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU,
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

INTRODUCTION

La conduite à tenir, pendant la grossesse, dans les fibromes gravidiques, a été envisagée de façon différente par les chirurgiens et les accoucheurs.

C'est là une question éminemment complexe, qui a donné lieu à de nombreuses discussions, en particulier à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, de Paris. La lecture des comptes rendus de cette Société est du plus haut intérêt : nous y voyons chirurgiens et accoucheurs se diviser en deux catégories.

Dans la catégorie des interventionnistes précoces se rangent surtout les chirurgiens qui, hantés par la crainte d'accidents dont la femme peut se trouver menacée pendant la puerpéralité, ont été amenés à faire totale abstraction du produit de conception et enclins à intervenir de façon hâtive, à la moindre alerte. C'est surtout Richelot, qui jette le cri d'alarme et qui soutient qu'il faut opérer pendant la grossesse, non seulement quand existent des phénomènes graves, mais toutes les fois que le volume, le siège, le développement de la tumeur font prévoir des dangers prochains pour la femme.

« Dans certains cas, dit cet auteur, le chirurgien doit agir préventivement, s'il veut sauver sa malade. »

L'autre catégorie, qu'on pourrait appeler celle des temporisateurs, en l'opposant à celle des interventionnistes précoces, comprend la majorité, sinon l'unani-

mité des accoucheurs, et en particulier MM. Pinard, Varnier et Lepage, qui, d'après leur expérience, montrent la tolérance habituelle des fibromes au cours de la grossesse, affirmation étayée, du reste, par les statistiques qu'ils apportent.

Leur conclusion est que l'intervention, au cours de la grossesse, doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves.

Ce sont là, évidemment, discussions déjà anciennes.

Depuis, de nombreuses observations ont été communiquées; donnant lieu à de nouvelles discussions, au cours desquelles chirurgiens et accoucheurs se sont communiqués les résultats de leur expérience et se sont instruits mutuellement. Les divergences d'opinions sont peut-être moins accentuées, mais il ne semble pas que l'accord soit fait lorsqu'il s'agit de préciser les indications de l'intervention chirurgicale.

La question, il faut le reconnaître, est difficile à résoudre, car rien n'est plus difficile à élucider que le pronostic d'une grossesse et d'un accouchement dans un utérus fibromateux.

Nombreux, en effet sont, les modalités cliniques des fibromes de l'utérus compliquant la grossesse, et tenant à leur nombre, à leur situation, à leur rapidité de développement ; de telle sorte qu'il est impossible et injustifié de formuler une règle de conduite uniforme.

Nous n'avons donc pas la présomption de vouloir apporter une solution rigoureuse à ce problème complexe. Notre but est plus modeste.

Nous voulons simplement nous borner à tirer quelques conclusions des observations qui nous ont été communiquées et des faits que nous avons pu observer

nous-même pendant notre séjour à la Maternité clinique de l'Hôtel de Dieu de Nantes.

Avant d'aborder notre travail, que les circonstances actuelles nous obligent à écourter singulièrement, nous tenons à rendre hommage à la bienveillance que nous a montrée Monsieur le Professeur Grosse et à le remercier des sages conseils et des documents qu'il a daigné nous fournir pour mener à bien ce travail.

Nous tenons à remercier également M. le Docteur Moinard, accoucheur des Hôpitaux de Nantes, ainsi que notre excellent ami et camarade d'Internat, M. le Docteur Gaudin, pour les observations personnelles qu'ils nous ont communiquées.

Monsieur le Professeur Brindeau a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il daigne agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS occasionnés par les Fibromes au cours de la Grossesse

Si, le plus souvent, les femmes atteintes de fibromes utérins peuvent, sans trop de gêne, conduire leur grossesse à terme et accoucher sans difficulté, il est cependant des cas où le fibrome constitue une complication sérieuse, susceptible de nécessiter l'intervention, soit au cours de la gestation, soit au moment du travail.

Sous l'influence, en effet, de la grossesse, les corps fibreux de l'utérus subissent une série de modifications, portant, les unes sur le volume, les autres sur la structure ; d'autres, enfin, sur la situation.

I. — MODIFICATIONS DES FIBROMES PENDANT LA GROSSESSE. COMPLICATIONS DUES A CES ALTÉRATIONS PARTICULIÈRES.

C'est une notion généralement admise que les fibromes subissent, au cours de la grossesse, un accroissement de volume, plus ou moins marqué.

Cette hypertrophie du fibrome est due à la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, à la vascularisation

exagérée du tissu néoplasique qui suit celle de l'utérus gravide et à l'hypertrophie des fibres musculaires lisses:

Souvent même, il se produit, du fait de cet état congestif particulier, une exsudation abondante de liquide colloïde, donnant à la tumeur un aspect œdémateux spécial qui entraîne son ramollissement et parfois la production de géodes du tissu cellulaire qui donnent l'impression de véritables kystes.

Certains fibromes, même, subissent une sorte de dégénérescence rouge, processus nécrobiotique aseptique, caractérisé par l'autolyse et l'hémolyse des tissus.

En réalité, l'accroissement de volume de la masse fibreuse, au cours de la grossesse, est assez variable.

Certains fibromes ne sont, pour ainsi dire, pas modifiés dans leurs dimensions, d'autres croissent avec rapidité.

Pour Monsieur le Professeur Pinard, ces modifications sont surtout en rapport avec l'état de la tumeur, la période de « sa vie », à laquelle elle se trouve au moment de la fécondation.

« Le fibromé se conduit comme un parasite vivant, ayant une jeunesse, une période adulte, une sénilité...

« Lorsqu'une femme est en état de gestation, ou bien le fibrome est en voie de croissance et la gestation lui imprime un développement d'une intensité remarquable, ou, au contraire, le ou les fibromes sont arrivés à l'état caduc et alors ils resteront pendant la gestation avec leur volume et leur consistance. »

Enfin, la situation topographique du corps fibreux peut avoir une certaine importance sur la date d'apparition de son accroissement. Si les fibromes du corps augmentent surtout de volume dans les premiers mois,

les fibromes du col, d'après Chahbazian, ne prennent, par contre, un plein développement qu'à la fin de la grossesse.

L'augmentation de volume peut rester modérée, ne constituant qu'un incident ; il peut parfois, surtout en cas de fibrome bas situé, déterminer des troubles de compression sérieux et enfin, mais cela dans des cas exceptionnels fort heureusement, l'accroissement de la tumeur peut être actif et rapide, arrivant à constituer ce que Pozzi appelle « la marche galopante » des fibromes.

Certaines altérations, comprises sous les noms de sphacèle, de nécrobiose peuvent s'observer, quoique de façon exceptionnelle, au cours de la grossesse.

Ces altérations peuvent être la cause d'accidents graves, de péritonite, car ce point de sphacèle crée un lien d'appel pour l'infection, conséquence de l'adhérence du fibrome à des organes infectés tels que les annexes malades, ou à des organes qui, comme le rectum, contiennent une flore bactérienne capable d'exalter sa virulence.

A côté de ces modifications touchant la structure du fibrome, il convient d'attacher une attention spéciale à la connaissance d'un fait fort intéressant et bien mis en évidence par les travaux de Tarnier, l'ascension du fibrome, qui peut se faire au cours de la grossesse ou pendant le travail.

C'est là un phénomène de la plus haute importance pour les fibromes bas situés, provenant du segment inférieur, car il libère la filière pelvienne et permet à la partie fœtale en présentation de descendre à sa place dans l'excavation.

Nous verrons, aux indications opératoires, l'importance que peut avoir cette modification de la situation de la tumeur au point de vue du traitement, tout en faisant remarquer dès maintenant qu'il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et que les fibromes pelviens peuvent s'enclaver, se fixer de plus en plus, et être le point de départ de diverses complications sur lesquelles nous aurons à revenir.

II. — EVOLUTION DE LA GROSSESSE DANS L'UTÉRUS PORTEUR D'UN FIBROMYOME.

1° *L'évolution est normale.*

C'est l'éventualité la plus fréquente.

La tumeur n'entraînera pas d'incommodité pendant la grossesse : celle-ci évoluera indépendamment de celle-là, surtout si la tumeur n'est pas volumineuse, si elle est unique, si elle est située au niveau du corps et si son développement n'est pas rapide.

2° *L'évolution est accompagnée d'accidents ou de complications.*

C'est la minorité des cas.

Ces accidents sont le résultat des modifications que nous venons d'étudier, subies par les fibromes au cours de la grossesse.

Nous pouvons les diviser en deux groupes :

a) Ceux qui sont la conséquence directe des altérations particulières du fibrome.

b) Ceux qui sont dus à la gêne apportée par le fibrome au développement de l'œuf, et qui, secondairement, retentissent sur la santé maternelle.

A. — COMPLICATIONS DUES A DES ALTÉRATIONS DU
FIBROME.

Nous venons de voir que le fibrome pouvait, au cours de la grossesse, subir un accroissement de volume parfois énorme. Si l'on joint à l'hypertrophie subie par cette tumeur pathologique l'accroissement de la tumeur physiologique, on se rend compte de l'apparition de phénomènes de compression, qui seront surtout marqués dans les fibromes pelviens enclavés dans le petit bassin.

Nous analyserons ces troubles, en passant en revue les différents appareils qu'ils peuvent intéresser, mais nous rappellerons que ces troubles sont rarement isolés et qu'ils forment le plus souvent un complexe symptomatique variable avec chaque cas particulier.

Troubles de compression.

La pression des fibromes de la région antérieure sur la vessie gêne son expansion et provoque des mictions plus fréquentes, accompagnées de dysurie, de tenesme.

Parfois, l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contraction réflexe du sphincter vésical et de la rétention d'urine.

Beaucoup plus importante est la compression des urètres, qui latente au début est bientôt suivie d'accidents graves. Elle provoque la distension du bassinot avec uronéphrose. Cette rétention rénale favorise l'infection par voie sanguine et est l'origine de pylonéphrite. Elle peut également entraîner l'anurie, des signes d'insuffisance rénale, de l'albuminurie, de l'éclampsie.

La compression de l'intestin par un utérus volumineux ou bourré de fibromes, celle du rectum par un fibrome du petit bassin, provoque la constipation qui devient bientôt rebelle à toute médication et peut, dans certains cas même, se compliquer d'obstruction intestinale, de stercorémie.

Les vomissements peuvent devenir fréquents, rendant toute alimentation impossible, entraînant un affaiblissement extrême de la malade, compromettant même sa vie.

Il est fréquent également que les femmes enceintes à utérus fibromateux accusent des douleurs vives, à point de départ abdominal, surtout localisées à la région hypogastrique, avec irradiations vers le sacrum, les membres inférieurs, les régions lombaire et périméale.

Intermittentes, continues, légères, mais parfois aussi d'une grande acuité, elles s'exagèrent par la station debout, rendant la marche impossible, et souvent par suite de leur intensité, empêchent tout travail et confinent la malade au lit.

Conséquence parfois de la tension exagérée de l'abdomen, d'un certain degré d'irritation péritonéale, elles reconnaissent souvent comme cause la compression des plexus lombaire et sacré.

La compression des gros troncs vasculaires peut se manifester par des varices, de l'œdème des membres inférieurs et de la partie inférieure de l'abdomen, de l'ascite.

Indépendamment de ces phénomènes de compression des organes du petit bassin, le développement exagéré de l'utérus gravide fibromateux peut entraîner des

troubles de compression générale : une ampliation exagérée du ventre, gênant la marche, entraînant de la douleur, de la dyspnée par refoulement du diaphragme, ou par phénomène réflexe, comme le pense Boecker, et entraîner également des troubles cardiaques aussi variés que complexes.

Ce sont parfois de simples phénomènes d'erethisme cardio-vasculaire, avec palpitations, exagération de la fréquence et de la tension du pouls, auxquels s'ajoutent des crises de tachycardie, parfois aussi de la dilatation du ventricule droit, de l'atrophie brune ou de la dégénérescence graisseuse du myocarde, lésions de pathogénie, du reste mal connue.

Ces troubles de compression s'établissent le plus souvent de façon progressive ; dans certains cas, cependant, l'augmentation du volume de la tumeur prend une marche suraiguë, galopante. La compression est active et rapide.

L'état général est profondément atteint, les troubles de compression et de réaction péritonéale sont au maximum, activant la dénutrition et entraînant un état de cachexie tel que l'intervention hâtive devient une nécessité vitale.

Troubles de réaction péritonéale.

Cette réaction péritonéale qui s'observe assez fréquemment en cas d'accroissement de la tumeur fibreuse, surtout quand cet accroissement est rapide, donnant lieu à des douleurs abdominales souvent vives, à des vomissements et parfois même à une certaine quantité d'ascite, peut dans certains cas affecter une marche aiguë et revêtir l'allure d'une véritable péritonite.

C'est, en particulier, ce qu'on peut observer en cas de nécrose de la tumeur néoplasique, ou de torsion du pédicule de fibromes sous-péritonéaux.

Torsion des fibromes pédiculés.

Cette torsion du pédicule des fibromes sous-séreux au cours de la grossesse est un accident rarement observé. Blanchard, dans sa thèse, en rapporte neuf observations. Nous aurons l'occasion de citer plus loin une de ces observations, et nous en apporterons également une autre inédite.

La torsion peut être lente, ne s'accompagnant d'aucun symptôme caractéristique ; mais elle peut être également brusque, débutant par une vive douleur abdominale, syncopale, en « coup de poignard » d'abord localisée au niveau du fibrome, mais ne tardant pas à s'irradier et bientôt suivie d'un cortège symptomatique, indice d'une réaction péritonéale : vomissements, petitesse du pouls, ballonnement abdominal.

Après cette phase aiguë, l'affection peut s'acheminer vers une sorte d'accoutumance, analogue à celle dont parle Bouilly au sujet des kystes de l'ovaire ; mais cette « accalmie est souvent traîtresse » ; de nouvelles crises peuvent apparaître, se rapprochant, capables d'entraîner l'expulsion prématurée de l'œuf ou des accidents de péritonite graves, qui emportent la malade. La *torsion axiale de l'utérus* serait aussi fréquente.

Piquand et Lemeland en ont cité 12 cas. Elle s'observerait principalement dans les volumineux fibromes du fond ou de la corne de l'utérus ; la torsion se ferait presque toujours de gauche à droite.

Nécrose des fibromes.

Ce sont des accidents analogues que l'on observe dans les cas rares de nécrose des fibromes au cours de la grossesse, et dont Bablet en rapporte seize exemples dans sa thèse.

Les symptômes cliniques en sont : des douleurs violentes, souvent brusques, lorsque la nécrose est aiguë, presque toujours localisées au siège du fibrome.

Puis, ce sont des signes de péritonisme qui, peu à peu, altèrent l'état général de la patiente, lui donnent souvent une coloration jaunâtre, rappelant celle des cancéreux, et tels qu'ils peuvent inspirer les plus grandes inquiétudes.

Le diagnostic en est parfois difficile, mais Chavannaz insiste sur ce fait, que tout myome qui commence à occasionner des douleurs, doit faire penser à la probabilité d'altérations dégénératives.

Le pronostic en est toujours très sérieux, en raison de la péritonite toujours imminente et de l'affaiblissement très grave qui s'empare des malades.

Il peut, en outre, se produire une infection de la tumeur nécrotique qui deviendra alors purulente ou gangreneuse.

Rétroflexion de l'utérus gravide. Incarcération.

Signalons également un accident possible au cours de la grossesse, c'est la rétroflexion de l'utérus gravide, due à un fibrome du fond ou de la face postérieure de l'utérus maintenu dans le petit bassin par son volume ou la présence d'adhérences, alors que l'utérus tend à devenir organe abdominal.

L'accroissement du fibrome et de l'utérus gravide peut avoir pour conséquence leur incarceration et l'apparition de troubles de compression, ou encore d'entraîner l'avortement, en s'opposant à l'extensibilité du tissu utérin.

B. — COMPLICATIONS DUES A LA GÈNE APPORTÉE PAR LE FIBROME AU DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF.

Grossesse ectopique.

Il est incontestable que les femmes qui ont des fibromes de l'utérus conçoivent moins souvent : mais alors même que la femme a été fécondée, l'œuf peut être gêné dans sa marche, s'arrêter en route, se greffer dans la trompe, ou même sur le péritoine. Cette grossesse ectopique s'observe surtout dans les cas où un fibrome des cornes utérines oblitère ou déforme l'orifice interne de la trompe.

Hémorragies.

Les hémorragies ne sont pas fréquentes au cours de la grossesse, mais elles peuvent, par leur abondance et leur répétition, être une menace pour la vie de la femme.

Elles reconnaissent presque toujours pour cause, ainsi que l'enseigne Monsieur le Professeur Pinard, une *insertion vicieuse du placenta* sur le segment inférieur de l'utérus.

Certains auteurs, cependant, attribuent ces hémorragies à une endométrite fréquente chez les femmes atteintes de fibromes ; d'autres, enfin, y voient le résultat du décollement du placenta inséré sur un fibrome faisant saillie dans la cavité utérine.

Ces hémorragies se produisent souvent à l'époque habituelle des règles et présentent des caractères analogues comme abondance et comme durée.

Elles peuvent ainsi induire en erreur et conduire à méconnaître l'existence d'une grossesse.

Avortement et accouchement prématurés.

Quant à l'avortement et l'accouchement prématurés, ce sont des accidents fréquemment observés.

Jamain, sur 84 fibromes gravidiques, a relevé 20 avortements et Garkisch, 86 avortements sur 232 fibromes gravidiques. Méheut a constaté 30 fois l'accouchement prématuré sur 80 fibromes gravidiques.

Le fibrome, pour Lefour, agirait de trois façons différentes pour provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

1° Soit en provoquant des contractions utérines prématurées ; ce sont les fibromes sous-muqueux et particulièrement les polypes de petit volume qui sont ainsi capables d'exciter la contraction utérine, en s'engageant dans l'orifice utérin ;

2° Soit en causant des hémorragies qui provoquent le décollement du placenta ; peut-être même la simple extravasation du sang serait-elle capable d'irriter suffisamment l'utérus pour entraîner des contractions ;

3° Soit en créant un obstacle qui s'oppose à l'extensibilité de l'utérus, c'est ce qui peut résulter des déplacements pathologiques de l'utérus, de sa rétroversion, de rétroflexion, de l'emprisonnement et l'immobilisation dans le bassin d'un ou de plusieurs fibromes, des adhérences inflammatoires qui peuvent gêner l'accroissement et l'ascension de l'utérus gravide.

Cet avortement est grave. La tumeur empêche la contraction utérine de se faire normalement, et le danger d'hémorragie est grand.

La déformation de la cavité, l'inextensibilité du col causent la rétention placentaire : dans cet utérus, l'infection sera facilement réalisée.

Mort du fœtus.

La mort du fœtus et la rétention de l'œuf dans l'utérus ont été parfois observées dans les fibromes gravidiques, soit qu'elles résultent d'hémorragies suffisantes pour entraîner dans la circulation utéro-placentaire des troubles capables de tuer le fœtus, mais insuffisants pour entraîner l'expulsion de l'œuf, soit que les villosités choriales enfouies dans une partie de la muqueuse qui recouvre le fibrome entraînent des troubles de nutrition et de développement du placenta, atrophiant l'œuf et occasionnant la mort du fœtus. « La semence n'est pas tombée sur un bon terrain. »

Elle peut encore résulter de la compression exercée directement sur le fœtus par le fibrome. « Il se passerait, dit Lefour, un phénomène analogue à celui qui a lieu dans les grossesses gemellaires où l'un des fœtus meurt, écrasé par le second. »

La poche des eaux vient-elle à se rompre, la putréfaction fœtale peut se déclarer avec toutes les conséquences sérieuses qui en découlent.

COMPLICATIONS PENDANT L'ACCOUCHEMENT, LA DÉLIVRANCE ET LES SUITES DE COUCHES

Nous venons d'étudier les accidents que la présence du fibrome peut entraîner dans le cours de la gros-

sesse. Pendant le travail et les suites de couches, les fibromes peuvent être également la cause d'un certain nombre d'accidents.

Bien que leur étude sorte du cadre de notre travail, nous croyons devoir les signaler, sans insister, parce que dans une certaine mesure la crainte de les voir survenir, peut, comme nous le verrons au prochain chapitre, peser sur la décision à prendre, sur la conduite à tenir au cours de la grossesse.

Les fibromes utérins peuvent entraver le travail en créant des dystocias d'origine fœtale,

des dystocias d'origine utérine,

des dystocias fibromateuses proprement dites.

Les premières se réduisent à des présentations vicieuses ou à des procidences.

Les dystocias utérines peuvent se ramener à l'inertie utérine et à l'impotence fonctionnelle, et ce sont surtout les fibromes interstitiels qui entravent et altèrent ainsi la contraction utérine.

La « dystocie fibreuse », suivant l'expression de Boursier, est celle créée par le fibrome qui, obstruant plus ou moins complètement la filière pelvi-génitale, s'oppose à la sortie du fœtus.

Ce sont donc les fibromes du segment inférieur, ceux de la « zone dangereuse » qui seront les plus dystociques, car ceux du corps utérin à évolution abdominale n'apporteront aucune gêne mécanique à la descente du pôle fœtal ; tout au plus, prolongeront-ils le travail, en modifiant la contraction utérine.

Quant aux fibromes du col, ils peuvent être un obstacle mécanique, en formant bouchon, mais c'est surtout une action dynamique qui intervient, en mettant obsta-

cle à la dilatation du col, en créant une rigidité particulière de l'orifice utérin.

Enfin, la sortie du fœtus étant effectuée, le placenta peut être retenu dans l'utérus, soit que cette complication résulte d'un défaut de décollement du placenta, qui peut avoir lui-même pour facteur, ou l'inertie utérine ou des adhérences anormales à la paroi utérine, et qui ont été mises en lumière par les travaux de Brindeau et Nattan-Larrier et la thèse de Netter. Soit qu'un obstacle s'oppose à la sortie du placenta, ce sera, dans ce cas, la tumeur fibreuse elle-même qui, après s'être effacée pour laisser passage au fœtus, reprendra sa place normale, fermant la porte et empêchant de sortir le placenta situé au-dessus d'elle.

Cette rétention se traduira par l'absence du globe utérin, et pourra entraîner une hémorragie profuse et menaçante, conséquence de l'inertie utérine ou du défaut de rétraction de l'aire placentaire, correspondant au fibrome lui-même.

S'il n'y a pas d'hémorragie, le danger peut résider dans l'infection puerpérale, conséquence de la rétention de cotylédons ou de membranes.

Enfin, parfois, pendant les suites de couches, on peut observer, en plus des hémorragies ou des accidents infectieux, la suppuration ou le sphacèle du fibrome.

CHAPITRE II

Indications Générales des Interventions Chirurgicales au cours de la Grossesse

Les accidents graves occasionnés par les fibromes, que nous venons de passer rapidement en vue, peuvent dans leur ensemble être classés en deux catégories :

1° Les fibromes interrompent la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré ;

2° Ils sont une menace pour la vie de la femme par les troubles graves qu'ils occasionnent ; ils sont une menace pour la vie de l'enfant et secondairement pour celle de la mère, par l'obstacle mécanique qu'ils créent au moment de l'accouchement.

C'est pour parer à une de ces éventualités qu'au cours de la grossesse, l'accoucheur devra recourir à l'intervention chirurgicale.

Ce sont les conditions indispensables pour légitimer une intervention que nous voulons étudier.

Dans de rares cas, ces conditions se trouvent remplies ; il n'y a donc pas lieu de s'alarmer lorsqu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte, ou lorsqu'au cours d'une grossesse, on est amené à reconnaître l'existence d'une tumeur fibreuse ; tout au plus aura-t-on à exercer une surveillance plus attentive.

Tout le monde, en effet, sera d'accord pour rester

dans l'expectative, quand il s'agira d'un fibrome, dont le volume ne sera pas excessif, quand des modifications sérieuses et de son volume et de sa nature ne se produiront pas, n'entraînant pas de troubles accentués, et dont la situation ne semble pas devoir être au moment du travail une cause de dystocie.

De même, tout accoucheur ou gynécologue interviendra d'urgence, en présence d'accidents immédiatement graves.

Quels sont les accidents justifiant cette manière de faire ?

Ce sont, dans la majorité des cas, des troubles tenant à la compression des organes de la cavité abdominale et en particulier causés par les fibromes pelviens.

Ces symptômes observés peuvent être d'importance inégale. Les plus alarmants, ceux qui ne permettront pas d'hésitation, sont surtout ceux qui traduisent un arrêt de fonctionnement du tractus urinaire et intestinal, une gêne de la circulation veineuse, un état de défaillance cardiaque ; ce sont aussi les hémorragies abondantes et répétées et dans le traitement desquelles échouent les moyens obstétricaux.

L'état général de la femme est, à ce moment, grave. Celle-ci, suivant l'expression de Pollosson, peut être considérée en état de légitime défense.

Il faut agir vite, ne pas se préoccuper de l'âge de la grossesse : pour sauvegarder l'existence problématique de l'enfant, il serait injustifié de mettre la vie de la femme en péril, en créant par une expectation tant soit peu prolongée, des conditions défavorables, en laissant l'état général fléchir sous l'action combinée des phénomènes de compression urétérale et rectale, et des troubles cardio-vasculaires qui dominent le pronostic.

Ce serait « lâcher la proie pour l'ombre ».

Les phénomènes douloureux ne sont pas, en général, aussi immédiatement pressants. Ils cèdent souvent, en effet, par le repos au lit et par l'action des calmants, et il y a lieu aussi de tenir compte, dans leur appréciation, de la nervosité, de l'énergie de la femme.

Mais ces douleurs peuvent cependant, par leur acuité, leur persistance, altérer la santé maternelle, en ne lui laissant ni repos, ni sommeil, et entraîner l'acte opératoire.

Il faudra savoir également que, si les phénomènes douloureux sont le plus souvent la manifestation subjective de la compression des troncs nerveux, ils peuvent être également occasionnés par des modifications survenues dans la masse néoplasique, nécrose, torsion, et être ainsi l'indice d'une réaction péritonéale.

S'il s'agit de nécrose d'un fibrome, le pronostic touchant le fœtus est grave, comme l'est également celui qui concerne la mère.

Certes, la nécrobiose peut rester aseptique, et c'est ce qui avait fait adopter à Turner l'idée qu'il fallait retarder jusqu'à l'accouchement l'ablation d'un fibrome nécrosé non infecté ; mais il semble difficile de faire le départ certain entre les différents types d'accidents atteignant les fibromes dans leur nutrition, et Chavannaz pense qu'il y a avantage dans tous les cas de nécrose à intervenir le plus vite possible.

D'ailleurs, l'opération conservatrice peut parfois être tentée et, de plus, ces phénomènes se voyant surtout dans les derniers temps de la grossesse, une césarienne suivie d'hystérectomie pourra sauvegarder l'intérêt de la mère et de l'enfant.

En cas de torsion d'un fibrome pédiculé, il semble admis, à l'heure actuelle, qu'il faille immédiatement recourir à l'intervention.

L'abstention peut avoir des conséquences graves et, par contre, l'intervention peut, le plus souvent, se borner à une polypectomie.

Il en fut ainsi dans les deux cas suivants où, après l'ablation d'un fibrome pédiculé, la grossesse continua jusqu'à terme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (RIBEMONT-DESSAIGNES et GROSSE)

Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. — Grossesse de 4 mois.

— Symptômes de torsion de pédicule. — Ablation du fibrome et conservation de l'utérus. — Continuation de la grossesse jusqu'à terme.

M^{me} A. L..., âgée de 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

Aucun antécédent héréditaire ou pathologique notable.

Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été régulières, jamais de pertes blanches, jamais de fausse couche.

Mariée depuis 7 mois, elle est enceinte pour la première fois : les dernières règles ont eu lieu du 24 au 26 janvier.

Depuis le début de sa grossesse, cette femme, bien qu'ayant une santé satisfaisante, vomit tous les matins un liquide verdâtre, bilieux, assez abondant. Elle a remarqué que son ventre grossissait beaucoup depuis quelques semaines.

Le lundi 1^{er} juin, dans la matinée, la malade qui jamais n'a souffert du ventre antérieurement est prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à s'aliter. Les douleurs persistent toute la journée et toute la nuit.

Le mardi 2 juin, elle fait appeler un médecin qui ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le mercredi, constatant qu'il n'y a aucune amélioration, le médecin traitant conseille à la malade de se faire transporter à la Maternité de Beaujon où elle entre à 5 heures du soir.

Par le palper abdominal, on constate l'existence d'un utérus gravide de 4 mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur occupant tout la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus.

Cette tumeur est accolée à l'utérus, mais nettement distincte de lui.

A son niveau, le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale, tandis qu'au niveau de l'utérus, à droite, il est peu sensible et facile à pratiquer. Le toucher combiné au palper montre un col utérin conique, ramolli. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative.

La malade n'a pas perdu de sang et n'a pas expulsé de débris membraneux.

Pas de vomissements. L'état général est bon.

Pouls un peu rapide à 115, mais bien frappé.

Température 37°4. Langue humide.

Diagnostic : Grossesse de 4 mois compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

Traitement : Glace sur le ventre. Morphine.

Jeudi 4 juin : Pouls à 112. Temp., 37°2.

Douleurs toujours très vives au niveau de la tumeur.

En présence des symptômes de torsion du pédicule que présente la tumeur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'intervenir immédiatement.

OPÉRATION. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus, implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est refoulé à droite, en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagéré qui porte vers la droite sa face antérieure.

La tumeur, d'aspect reniforme, appuie sur l'utérus par ses deux extrémités; du hilé de la tumeur part un pédicule court qui s'implante sur l'utérus. Ce pédicule ne présente qu'un très léger mouvement de torsion, mais il est fortement étiré, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés.

A la surface de la tumeur, on voit de nombreuses arborisations vasculaires partant toutes du pédicule de la tumeur en dévergeant en éventail sur sa face antérieure.

Le pédicule du fibrome, du diamètre d'une pièce de deux francs, est sectionné au bistouri. Le tissu utérin saigne assez abondamment, en nappe. Hemostase au thermo-cautère et par capitonnage au catgut de la plaie interne. Les bords en sont rapprochés, de façon à accoler leur surface péritonéale.

Fermeture du ventre sans drainage.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le fibrome, du poids de 510 gr. est réniforme, dur. A la coupe le tissu de la tumeur est pâle, anémié. Au niveau d'une de ses extrémités, il présente à son centre une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

SUITES OPÉRATOIRES SIMPLES. — Morphine pendant trois jours. Aucune menace d'avortement.

La malade quitte la Maternité le 7 juillet.

L'utérus dépasse l'ombilic de un à deux travers de doigt.

On n'entend pas les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit très nettement les mouvements actifs.

ACCOUCHEMENT le 7 novembre. — Présentation en O. I. C. A. Enfant vivant de 3.150 grammes. Délivrance normale.

OBSERVATION II (Inédite)

Torsion de la fibrome pédiculé au 6^e mois de la grossesse. — Ablation du fibrome. — Continuation de la grossesse jusqu'à terme.

(Observation communiquée par M. le docteur Gaudin.)

Madame D..., âgée de 40 ans, entre à la Maternité-Clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, en juin 1917, pour grossesse de 7 mois.

Elle a deux enfants de 5 et 7 ans. Elle n'a jamais eu de fausses couches.

Rien de particulier à signaler dans les premiers mois de la grossesse actuelle.

Quelques jours après son entrée à la Maternité, la malade est prise brusquement de phénomènes extrêmement douloureux dans la région abdominale. Vomissements. Pouls à 120. Temp., 37°3.

A l'examen on note : abdomen extrêmement douloureux, défense musculaire, surtout localisée à gauche et en haut (région paraombilicale).

La palpation profonde est impossible en raison de la douleur et de la défense musculaire.

Le toucher vaginal n'est pas douloureux : les culs-de-sac sont souples. Urines normales.

En présence de ces symptômes extrêmement douloureux, on pense à des phénomènes de torsion sans pouvoir poser un diagnostic précis.

Toutefois l'état de la malade semblant s'aggraver d'heure en heure, l'intervention est décidée.

OPÉRATION. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'un épanchement séro-sanguinolent peu abondant.

A la partie supérieure des lèvres de la plaie vient saillir une masse noirâtre, de forme irrégulière et du volume d'une grosse orange.

L'examen plus attentif permet de constater que cette tumeur est réunie au fond utérin, un peu en arrière de l'origine de la corne gauche par un pédicule de la grosseur du pouce.

Il s'agit donc d'un corps fibreux sous-péritonéal pédiculé, tordu sur son axe de gauche à droite de 180° environ.

Il est facile de le détordre. On le sectionne au bistouri et un simple point de suture permet de réunir le point excisé.

Fermeture du péritoine sans drainage.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La tumeur, irrégulière de forme, du volume d'une orange; présente, sous une coupe macroscopique un aspect truffé.

Il s'agit d'un corps fibreux rempli d'ecchymoses dues aux troubles circulatoires de la torsion.

Au cours de la laparotomie; aucun autre fibrome n'a été constaté sur le corps utérin.

SUITES OPÉRATOIRES NORMALES. — Pas de température. Aucune menace d'expulsion.

L'évolution de la grossesse se poursuit normalement jusqu'au terme, et la malade accoucha, sans difficulté, deux mois plus tard d'un enfant vivant.

Délivrance et suites de couches normales.

Tels sont, en général, les accidents graves immédiatement ou dont les conséquences seront fatalement graves à bref délai qui justifient l'intervention au cours de la grossesse.

Mais, à côté de ces cas bien définis, où l'intervention s'impose, il y a place pour de nombreuses formes, pour lesquelles il semble impossible d'établir une règle de conduite définie et pour lesquelles il y aura lieu de discuter la question de l'intervention au triple point de vue de la situation du fibrome, des accidents qu'il détermine et des risques opératoires.

Nous croyons nécessaire, pour cette étude, de devoir classer les fibromes d'après leur topographie.

Nous envisagerons donc successivement :

- 1° Les fibromes du col, à évolution vaginale ;
- 2° Les fibromes du corps, à évolution abdominale ;
- 3° Les fibromes du segment inférieur, à évolution pelvienne.

1° FIBROMES DU COL.

Deux cas peuvent se présenter :

- a) Ou bien il s'agit d'un polype ;
- b) Ou bien d'un fibrome interstitiel du col.

A) *Les polypes* sont, fréquemment, la cause d'hémorragies graves ; ils sont exposés, de plus, à la nécrose, au sphacèle et souvent subissent, vers la fin de la grossesse, un développement exagéré qui peut être une cause de dystocie, au moment du travail ; ils sont également susceptibles d'entraîner l'avortement en provoquant le travail.

Par contre, l'excision ou la torsion d'un fibrome pédiculé est une opération simple, sans danger et ce n'est que bien exceptionnellement qu'elle peut produire l'avortement, tandis que pendant le travail, la plaie, qui est la conséquence de cette intervention, peut être cause d'hémorragie ou d'infection.

Nous avons donc, d'un côté, la perspective de risques sérieux et, d'un autre côté, la certitude de débarrasser la femme de ces risques par une opération simple et bénigne.

Il ne saurait donc y avoir de doute : Tout fibrome pédiculé du col doit être extirpé, en cas de grossesse.

Ce sont ces considérations qui ont conduit à l'intervention MM. Moinard et Grosse, dans un cas de fibrome pédiculé du col que nous rapportons.

OBSERVATION III

Fibrome pédiculé du col du volume d'une petite orange. —

Ablation. — Evolution à terme de la grossesse. — (Communiqué par M. MOINARD).

Madame H..., âgée de 34 ans, entre à la Maternité hospitalière de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 16 juillet 1920, en prévision d'un accouchement dystocique pour fibrome pédiculé du col.

Réglée à 16 ans,

3 grossesses antérieures, normales, en 1905, 1910 et 1915. Accouchements à terme. Travail un peu lent. Terminaison normale. Enfants vivants.

Depuis sa dernière grossesse, la malade est réglée irrégulièrement. Règles abondantes, avec expulsion de caillots, survenant souvent tous les quinze jours et s'accompagnant de douleurs abdominales, surtout localisées dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche.

Les dernières règles ont eu lieu du 25 au 28 octobre 1919.

Depuis le début de sa grossesse, cette femme a quelques nausées le matin, et se plaint de douleurs constantes dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite. Aucune perte de sang. Leucorrhée légère. Constipation.

Les urines sont claires de quantité normale et ne contiennent pas d'albumine.

Hauteur de l'utérus, 34 cent.

Pas de présentation franche. Le siège empiète dans la fosse iliaque gauche, et la tête est nettement perçue dans l'hypocondre droit.

Le maximum d'auscultation du cœur fœtal est à droite.

TOUCHER VAGINAL. — Vagin granuleux. Le col de l'utérus est très en arrière et à gauche; il est dur, granuleux, et l'orifice externe est à peine entr'ouvert.

A droite, latéralement au col, on sent une tumeur pédiculée (pédicule de 1 cent. $\frac{1}{2}$ de longueur environ), du volume d'une

petite orange, de consistance ferme, très mobile, ne semblant pas devoir être un gros obstacle à l'engagement.

Mais bien que ce polype fibreux semble devoir être un élément peu important de dystocie, son ablation est décidée par crainte de sphacèle consécutif aux compressions inévitables pendant le travail.

OPÉRATION. — La femme est opérée le 25 juillet, par Monsieur le Docteur Moinard, assisté du Docteur Grosse.

Ablation du fibrome du volume d'une mandarine, ligature du pédicule au catgut. Au cours de l'intervention, il y a une perte de sang assez abondante.

L'intervention n'est toutefois suivie d'aucune menace d'accouchement.

SUITES OPÉRATOIRES BONNES. — Pas d'hémorragies. Accouchement normal le 16 août. — Rupture prématurée de la poche des eaux 48 heures avant l'accouchement.

Enfant vivant de 3.920 grammes.

Délivrance 10 minutes après l'expulsion, sans complications.

B) La conduite à tenir en présence de *fibromes interstitiels* du col ne sera pas identique, l'extirpation en étant beaucoup plus difficile.

Certes, en cas de volume important de la tumeur, entraînant des accidents de compression, ou donnant lieu à des hémorragies abondantes, l'intervention sera toujours légitime.

Mais, au cas où le fibrome n'entraîne pas cette symptomatologie bruyante, doit-on, avec Turner, tenir compte de la gravité de l'accouchement en cas de fibrome du col pour agir préventivement dans les premiers temps de la grossesse, dans la crainte de voir ce fibrome atteindre un volume important dans les derniers mois de la gestation, et faire courir des risques à la mère et à l'enfant, en se présentant à cette époque dans

des conditions difficiles d'ablation par les voies naturelles ?

Il semble qu'il y ait lieu d'envisager différents cas.

Se trouve-t-on en présence d'un fibrome d'énucléation facile, parce que de petit volume, l'intervention est logique, mais il sera préférable, toutefois, d'attendre au moins le 4^e mois, époque à laquelle les risques d'avortement sont moindres, l'œuf étant enraciné de façon plus profonde dans l'utérus, et mieux encore, croyons-nous, les derniers mois de la grossesse.

Si le fibrome est plus volumineux et susceptible d'offrir un obstacle à l'accouchement, mais cependant énucléable sans trop de risques pour l'utérus, on opérera à la fin de la grossesse.

Mais-si, par contre, le fibrome est d'un volume important, de limites peu précises, de connexions difficilement appréciables, tel par conséquent qu'il soit inopérable par voie basse à cause du délabrement inévitable de l'utérus, il faudra attendre le terme de la grossesse, ou le début du travail et recourir alors à la césarienne.

2° FIBROMES A ÉVOLUTION ABDOMINALE.

En présence d'un fibrome à évolution abdominale, on est en droit de temporiser, car c'est un fait notoire que les fibromes du corps ne prédisposent que de façon tout à fait indirecte à l'avortement, et sont le plus souvent bien tolérées par la femme.

Nous citerons quelques observations où, malgré la multiplicité ou le volume des fibromes, la grossesse a évolué jusqu'à terme.

OBSERVATION IV (Résumée)

Fibromes multiples. — Accouchement à terme.

(Observation recueillie à la Maternité Clinique.)

Ch..., Julianne, 45 ans, primipare, entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 octobre 1913.

Réglée à 13 ans.

Date des dernières règles : 15 au 20 mars 1913.

Hauteur de l'utérus le 27 octobre : 31 cent.

Depuis le 15 septembre, douleurs dans le ventre et dans les jambes, augmentation depuis le 15 octobre.

Amaigrissement notable.

Léger œdème des membres inférieurs. Varices vulvaires et des membres inférieurs.

A l'inspection, lorsque l'utérus se contracte et surtout à la palpation, on constate 3 fibromes, l'un au niveau de l'ombilic, sous-péritonéal, assez mobile, de la grosseur d'une orange, répondant au fond de l'utérus, un second, beaucoup plus petit, répondant à la base latérale droite de l'utérus, et le troisième un peu allongé en bas et en dehors, à mi-hauteur de la face antérieure de l'organe.

La femme a des contractions utérines, subintrantes, douloureuses qui dessinent très nettement le contour des fibromes.

Au toucher, on trouve l'excavation absolument libre.

Le col n'est ni effacé, ni entr'ouvert.

1 piqûre de morphine. Lavement de chloral.

Le 29 octobre, dans la nuit, la femme se plaint de beaucoup souffrir. On lui fait le lendemain une piqûre de morphine.

Accouchement normal le 17 décembre, à terme. Durée totale du travail : 5 heures 45. Enfant vivant de 3.000 grammes. Délivrance normale. Suites de couches normales.

OBSERVATION V (Résumée)

Fibromes multiples du corps utérin. — Accouchement à terme.

(Communiquée par M. GROSSE.)

M^{me} D..., âgée de 42 ans, a trois enfants de 20, 11 et 6 ans.

Date des dernières règles : fin août 1918.

Examen en mai 1919.

Utérus volumineux : 36 cent. au-dessus du pubis.

Plusieurs fibromes font saillie à la surface de l'utérus, sur le fond (volume d'une grosse mandarine) et la face antérieure.

Le col utérin et le segment inférieur sont indemnes de fibromes.

13 juin 1919. — Accouchement spontané d'un gros enfant.

Aucun incident.

OBSERVATION VI

Volumineux fibrome abdominal. — Accouchement à terme.

(Observation recueillie à la Maternité Clinique.)

P..., Louise, 34 ans, ouvrière d'usine, secondipare.

Réglée à 14 ans de façon régulière jusqu'à 18 ans, irrégulièrement ensuite.

Premier accouchement en 1914, à la Maternité Hospitalière. L'observation porte.

Albuminurie, bassin plat annelé. Promonto sous-pubien : 10 6 à 10 8. Rupture précoce des membranes. Inertie et tétanisme. Résistance du col. Dilatation, 91 h. Expulsion, 1 h. Mort du fœtus après 72 heures de travail. Infection amniotique. Putréfaction fœtale. Hémorragie retro-placentaire.

Grossesse actuelle.

Date des dernières règles : 30 janvier 1919.

Hauteur de l'utérus, le jour de l'entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 mai 1919 : 16 cent.

Après le premier accouchement, les règles sont revenues régulièrement pendant un an. Puis, menstruations irrégulières, souvent remplacées par des pertes blanches périodiques.

Dans le cours de janvier 1919, les règles sont apparues deux fois à 15 jours d'intervalle.

Depuis cette date, la malade dit que ses seins ont grossi et sont le siège de picotements. Par ailleurs, elle n'accuse aucun signe de grossesse. Pas d'augmentation de volume du ventre, pas de vomissements.

Examen à l'entrée, le 12 mai 1919 :

Malade anémiée, se plaignant de fatigue générale depuis deux mois.

Ventre développé par la présence d'une masse rénitente, tendue, médiane, occupant la région hypogastrique, non douloureuse, mobile, et ne semblant pas avoir contracté d'adhérences.

Elle est séparée de la symphyse pubienne par un intervalle très net, au travers duquel on n'arrive pas à sentir l'utérus.

Elle remonte d'autre part jusqu'à l'ombilic.

Le toucher montre les culs-de-sac antérieur et latéraux absolument libres, et les mouvements de latéralité de la tumeur ne se transmettent pas à l'utérus.

Par pression hypogastrique légère, on arrive à sentir, au bout du doigt, par le cul-de-sac postérieur, le corps utérin qui bascule, et qui ne semble pas être augmenté de volume. Il est dur, résistant et dévie à gauche.

Le col est à peine ramolli et on trouve sur le bord gauche une cicatrice indurée consécutive probablement au premier accouchement.

23 mai 1919. — La tumeur semble moins rénitente et faire corps avec l'utérus, lui-même augmenté de volume. Le col est ramolli.

30 juin 1919. — L'utérus est notablement augmenté de volume, On entend les bruits du cœur de l'enfant.

La tumeur dans l'hypochondre droit est dure et semble pédiculée.

Au toucher le col est ramolli : une autre tumeur dure et adhérente à l'utérus est perçue dans le cul-de-sac latéral gauche.

Accouchement spontané le 11 octobre 1919.

Enfant vivant de 3.450 gr. Délivrance et suites de couches normales.

Dans les fibromes à évolution abdominale, on n'interviendra donc que la main armée par des accidents menaçants pour la vie de la mère, accidents que nous avons étudiés au début de ce chapitre, et qui se résument en troubles de compression, en accroissement rapide, aigu, de la masse fibromateuse, en phénomènes de torsion, de nécrose et de réaction péritonéale marquée.

Toutefois, nous croyons devoir faire remarquer que, si au cours de la grossesse, avant même l'apparition de phénomènes alarmants, on vient à poser le diagnostic de tumeur pédiculée, ou tout au moins très mobile, et qu'on ait des raisons de croire à un fibrome plutôt qu'à un kyste de l'ovaire, il serait justiciable d'en faire l'ablation. Ce serait peut-être éviter les graves dangers des phénomènes de torsion, d'irritation péritonéale, de chute dans le petit bassin, avec possibilité d'incarcération.

L'opération se réduit le plus souvent, dans ces cas, à la seule myomectomie, les risques d'avortement sont peu nombreux, ainsi qu'en font foi les statistiques et les nombreuses observations publiées de myomectomies au cours de la grossesse, ayant permis l'accouchement à terme ; et, pour décider de cette conduite, nous pensons que la situation dans laquelle se trouve la patiente,

les difficultés de surveillance, son éloignement de tout centre chirurgical, doivent être pris en très sérieuse considération.

En cas d'augmentation progressive du volume de la tumeur, alors que déjà quelques troubles apparaissent, sans cependant revêtir un caractère de gravité, il semble qu'il y ait lieu, dans la conduite à adopter, de tenir compte de l'âge de la grossesse.

Se trouve-t-on à un stade déjà avancé de la gestation, alors que le fœtus est déjà presque viable et que son existence doit être prise en très sérieuse considération, on s'efforcera par le repos au lit, par les calmants, d'atténuer notablement ces troubles pour permettre à la grossesse d'atteindre son terme, ou tout au moins une époque où les interventions qui pourront se trouver indiquées permettront d'avoir un enfant vivant. Il est possible, d'ailleurs, qu'à ce moment les phénomènes observés rétrocèdent par suite du ramollissement de la tumeur pathologique.

Mais si les accidents débutent aux premiers mois de la grossesse, la femme a encore devant elle une longue période durant laquelle sa vie se trouvera menacée : les chances de survie de l'enfant seront aussi bien problématiques.

Devra-t-on dans ces cas, avec les abstentionnistes, attendre l'apparition d'accidents menaçants ?

Oui, si nous avons la certitude que l'opération doit faire courir de sérieux dangers à la mère.

Mais, en présence des résultats que donnent les procédés actuels, nous avons le droit d'intervenir, car la mère et peut-être l'enfant sont moins menacés par l'opération que par les accidents plus sérieux dont les phénomènes observés ne sont sans doute que le prélude.

Différer trop longtemps l'intervention serait rendre le succès très aléatoire et compromettre gravement la vie de la femme.

D'ailleurs, les accidents observés sont, le plus souvent, la conséquence de la bascule d'un fibrome du fond ou de la face postérieure du corps, ayant entraîné la rétrodéviation de l'utérus gravide, ou même l'incarcération de l'utérus dans le petit bassin.

L'opération peut, dans certains cas, se limiter à la réduction de cette rétroversion, au désenclavement de l'utérus ou être suivie de l'ablation du fibrome seul, si celui-ci se présente dans des conditions favorables d'énucléation.

Mais souvent aussi, fibrome et utérus se présentent dans des conditions telles que l'hystérectomie peut s'imposer.

Il en fut ainsi dans l'observation suivante, où le désenclavement de l'utérus était impossible, l'utérus rétroversé n'ayant pu être extrait du bassin qu'après section des ligaments larges, ceux-ci et le fibrome formant une véritable sangle maintenant l'utérus en arrière.

OBSERVATION VII

Fibrome utérin compliqué de grossesse : Hystérectomie.

Guérison. (Communiquée par M. GROSSE.)

Madame X..., 33 ans. Femme de bonne santé habituelle, mariée le 24 avril 1912.

Réglée à 13 ans. Les règles duraient autrefois six jours, depuis plusieurs années, elles durent seulement cinq jours, mais sont plus abondantes. Règles toujours douloureuses.

Pas de pertes de sang en dehors des règles. Jamais de pertes blanches.

Dernières règles : 19 au 23 avril 1912.

Le début de la grossesse ne s'est manifesté par aucun malaise : elle ne sent pas remuer son enfant. Constipation opiniâtre depuis le début de la grossesse.

Avant son mariage, la malade n'avait jamais soupçonné la présence d'une tumeur abdominale. C'est seulement dans ces dernières semaines qu'elle a constaté l'augmentation rapide du volume du ventre et depuis une dizaine de jours, qu'elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre et les reins.

C'est pour ces douleurs et une certaine fréquence de mictions depuis quelques jours, qu'elle vient consulter M. Pasquereau, le 28 août 1912.

Celui-ci ne constate rien du côté urinaire; les urines sont d'aspect normal, la vessie se vide bien, il n'y a pas de rétention; mais il constate, par contre, au cours de son examen, l'existence d'une volumineuse tumeur abdominale.

Au palper, on trouve une tumeur allongée dans le sens vertical, s'étendant du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dont l'extrémité supérieure pointe en avant, sous la paroi abdominale.

Cette tumeur est très dure, surtout à sa partie supérieure; elle est assez mobile dans le sens transversal et ne présente pas de contractions. A sa partie inférieure, on entend à l'auscultation un bruit de souffle, surtout intense du côté droit; on ne perçoit pas de bruits fœtaux.

En palpant profondément dans les fosses iliaques, de chaque côté de la tumeur abdominale, on reconnaît en arrière d'elle, la débordant latéralement et la repoussant en avant, une seconde tumeur située dans le bassin.

TOUCHER VAGINAL. — Le doigt rencontre, dès son entrée dans le vagin, une volumineuse tumeur, régulièrement arrondie, incarcérée dans le petit bassin, du volume d'une tête de fœtus à terme, de consistance rénitente; beaucoup plus molle que la tumeur supérieure. Cette tumeur est absolument fixée, enclavée dans le petit bassin, le doigt ne peut lui communiquer le plus petit déplacement.

Entre cette tumeur pelvienne et le pubis, existe un étroit couloir au fond duquel, très haut, sous la symphyse, le doigt devine plutôt qu'il ne sent le col utérin. Celui-ci se continue avec la tumeur supérieure, il a des connexions beaucoup plus vagues avec la tumeur pelvienne.

En imprimant des mouvements divers à la tumeur supérieure, on se rend facilement compte que les deux tumeurs dépendent l'une de l'autre, telles deux boules accolées l'une à l'autre et dont l'une occuperait le bassin et l'autre, l'abdomen.

La malade n'a jamais eu de fièvre ni de frissons, elle ne présente pas d'œdème des jambes.

La malade est examinée de nouveau en consultation le 30 août, par MM. Pasquerèau, Ollive et Grosse. Mêmes constatations. Dans l'intervalle, la malade a été prise de douleurs très violentes dans le ventre et les reins qui l'ont confinée au lit, mais qui ont pu cependant être calmée par des lavements laudanisés. Ces douleurs continuent, plus ou moins fortes, jusqu'au jour de l'opération.

La malade entre le 3 septembre à la Maternité Clinique dans le service de M. le professeur Guillemet, suppléé par M. Grosse.

Pendant le jour qui précède l'opération, on recueille et on examine les urines : 1.200 gr. en 24 heures, d'urine limpide, de couleur foncée : ni sucre, ni albumine. Aucun dépôt.

LAPAROTOMIE le 5 septembre 1912, par M. Grosse. — La vessie est très élevée, et l'incision médiane doit être prudente et limitée par en bas, pour ne pas l'atteindre.

On constate immédiatement que la tumeur supérieure est constituée par un fibrome développé aux dépens de la paroi anté-

rière de l'utérus et que la masse pelvienne est constituée par l'utérus gravide en retroversion et enclavé dans le bassin.

L'utérus ne peut être dégagé du bassin, et la masse entière extériorisée, qu'après avoir sectionné les ligaments larges et les annexes au ras de la tumeur.

Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes ; ligature des pédicules à la soie, fermeture du ventre par trois plans de suture, on laisse un drain sus-pubien plongeant dans le Douglas.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — En forme de gourde, composée de deux tumeurs sphériques à peu près d'égal volume et réunies au niveau du col utérin. La masse entière (utérus et fibrome), pèse 2.100 grammes ; elle mesure 22 centimètres de long, 15 de large ; sa plus grande circonférence est de 41 centimètres.

La masse supérieure (abdominale), est formée par le fibrome, développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus et du col, avec lequel il se continue directement.

La tumeur pelvienne est formée par l'utérus gravide de 4 mois à 4 mois $\frac{1}{2}$, en rétroversion qui s'est développé aux dépens de la paroi postérieure et du fond de l'organe. A la surface de l'utérus, on voit un petit fibrome interstitiel, gros comme une noisette.

L'utérus est fendu sur sa face postérieure : il contient un fœtus de 4 mois, du sexe masculin. Le fibrome bombe fortement dans sa cavité. Le placenta était inséré sur la face postérieure de l'utérus, de là la mollesse particulière de cette portion de l'utérus au toucher vaginal.

L'insertion des annexes et des ligaments larges se faisait sur les parties latérales du fibrome. Ovaires et trompes sains.

SUITES OPÉRATOIRES SIMPLES, apyretiques. La malade quitte le service le 21 septembre, guérie... Revue le 24 octobre, elle est en excellente santé.

3° FIBROMES PELVIENS.

Les fibromes à évolution pelvienne reconnaissent les mêmes indications opératoires que les fibromes abdominaux.

L'intervention chirurgicale sera légitimée, s'il survient des accidents menaçants pour la vie de la mère : ce seront, le plus souvent, des phénomènes de compression tenant à l'accroissement du fibrome et à son enclavement de plus en plus profond et serré dans le petit bassin.

Nous rapportons un cas de fibrome pelvien gravidique, dans lequel l'intervention chirurgicale a été décidée pour ces raisons.

OBSERVATION VIII

Grossesse compliquée de fibrome : hystérectomie (Communiqué par M. le docteur GROSSE).

M^{me} R..., âgée de 32 ans, mariée depuis cinq mois, a toujours été bien réglée jusqu'à son mariage, elle ne s'est jamais aperçue qu'elle présentait une tumeur abdominale.

Elle devient enceinte peu après son mariage ; les dernières règles datent du 28 au 31 août 1913.

Les premières semaines de la grossesse se passent sans aucun incident, mais, au mois de décembre, la malade éprouve des besoins fréquents et de la difficulté à uriner, des douleurs dans le bas-ventre et le membre inférieur gauche.

Elle est vue par le docteur Grosse le 23 décembre. On constate d'abord par le palper, sur la ligne médiane l'existence d'un utérus gravidé, animé de contractions intermittentes, dont le fond atteint à peu près l'ombilic.

Dans le flanc droit, implanté sur la corne droite de l'utérus, se trouve un fibrome sous-séreux, mobile, à surface bosselée et de consistance dure, du volume d'une orange, qui remonte jusqu'au niveau des fausses côtes gauches.

Au toucher, le vagin est presque entièrement rempli par une tumeur très dure, mamelonnée, du volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée dans le bassin. Cette tumeur est au contact de la paroi gauche du bassin, et, par le palper combiné au toucher, on se rend compte qu'elle remonte jusqu'au détroit supérieur où il est facile de la percevoir par le palper abdominal du côté gauche. Entre cette tumeur et la paroi droite du bassin, se trouve un étroit couloir où le doigt peut se glisser en contour-nant la tumeur; au fond de cette rainure, très haut, sous le pubis, le doigt atteint avec peine le col utérin, réduit à un petit moignon, gros comme une noisette, mou et dont l'orifice externe est évasé en cupule.

Il semble que la presque totalité du col soit englobée dans la tumeur.

Au palper, on ne perçoit aucune partie fœtale; on n'entend pas les bruits du cœur du fœtus à l'auscultation. Il n'y a pas d'œdème des jambes; la malade est constipée; les urines sont normales et émises en quantité suffisante.

Il semble bien difficile que la grossesse puisse évoluer jusqu'à l'époque de la viabilité de l'enfant, avec un fibrome pelvien enclavé de ce volume. Néanmoins, comme en dehors de la constipation habituelle, il n'existe aucun signe de compression de l'intestin qu'il n'y a pas de rétention d'urine, que les douleurs se sont calmées par le repos et que la femme présente un excellent état général, on décide de ne pas intervenir avant un second examen, qui doit être fait au milieu de janvier.

Mais, le 6 janvier, la malade, qui a beaucoup souffert dans le ventre les jours précédents et qui présente une très forte constipation, entre d'urgence à la clinique, où elle est examinée le jour même.

On constate que l'utérus et les fibromes ont beaucoup augmenté de volume depuis deux semaines. Le fibrome sous-séreux trouvé dans le flanc droit, se perd sous les fausses côtes; le fibrome pelvien descend presque jusqu'à la vulve, remplissant tout le petit bassin.

Ce fibrome s'est beaucoup ramolli, il a perdu sa consistance ligneuse du premier examen et présente une consistance œdémateuse, kystique par endroits. L'utérus lui-même dépasse l'ombilic de trois travers de doigt, s'élève à 25 centimètres au-dessus du pubis, sur la ligne médiane. On ne perçoit ni parties fœtales au palper, ni bruit du cœur à l'auscultation.

Devant cet accroissement rapide des fibromes, l'enclavement et l'irréductibilité de plus en plus prononcés du fibrome pelvien avec progression par en bas, la crainte que les douleurs abdominales et la constipation opiniâtre ne soient bientôt suivies d'accidents plus sérieux de compression, on décide d'opérer.

LAPARATOMIE, le 9 janvier. — On peut sans trop de peine, en basculant fortement l'utérus en avant, désenclaver avec la main le fibrome pelvien et extérioriser la masse totale : utérus et fibromes.

Le fibrome implanté sur la corne droite de l'utérus est pédiculé, et il serait facile de l'enlever en conservant l'utérus. Il n'en est pas de même du fibrome pelvien qui englobe le segment inférieur et la plus grande partie du col utérin et dont l'énucléation est impossible.

Hystérectomie subtotal. Ligature des pédicules au fil de lin : péritonisation, fermeture du ventre sans drainage.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — L'utérus a été enlevé avec les annexes : il contenait un fœtus de trois mois et demi environ, encore vivant au moment de l'ouverture de l'utérus, sitôt son extraction de l'abdomen. Le fibrome pédiculé, implanté sur la corne droite de l'utérus, est du volume du poing, à surface bosselée, de consistance dure. Il est très résistant à la coupe, formé en majeure partie de tissu fibreux grisâtre et ferme, mais présentant cependant par places des zones en voie de dégénérescence. Le pédicule, long de 3 à 4 centimètres, est peu épais ; la surface d'implantation du pédicule sur l'utérus est longue de trois centimètres et large à peine d'un centimètre.

Le fibrome pelvien présente le volume d'une grosse tête de fœtus à terme et fait une saillie notable à l'intérieur de l'utérus.

C'est un fibrome interstitiel développé aux dépens du segment inférieur et du col. A la coupe, on constate dans son épaisseur plusieurs cavités anfractueuses, remplies de liquide jaunâtre ; le tissu qui limite ces géodes, est friable, de couleur lie de vin, en voie de nécrose. Le reste de la tumeur est formé de tissu fibreux d'aspect gris sale ; cependant, par places, on voit aussi des zones de couleur brunâtre ou lie de vin, comme autour des cavités kystiques.

Les ovaires sont sains, ainsi que les trompes. L'ovaire gauche porte un corps jaune gravidique.

SUITES OPÉRATOIRES. — Simples. Température normale.

La malade se lève le 26 janvier et quitte, peu après, la clinique, en excellente santé.

Le rôle particulier que certains fibromes pelviens peuvent jouer au moment de l'accouchement, soit en occasionnant une présentation vicieuse, soit en créant un obstacle mécanique au passage du fœtus, mérite quelques considérations spéciales.

Devra-t-on intervenir au cours de la grossesse, en présence d'un fibrome dont le siège, le volume, la fixité constituent un obstacle à l'accouchement, sous prétexte que cet accouchement sera laborieux ou dystocique ?

Ainsi que l'a dit Varnier à la Société d'obstétrique : « Il importe peu, pendant la grossesse, que la filière pelvienne soit ou non obstruée et que l'accouchement soit possible ou non au moment du travail, qu'il soit ou non nécessaire d'extraire le fœtus par une césarienne.

C'est une question qui sera à débattre plus tard, au moment du travail. Pendant la grossesse, elle ne se pose pas.

Aucun accoucheur, sous le prétexte que l'accouchement sera impossible, ne sera tenté d'interrompre la grossesse par un avortement provoqué ou une hysté-

rectomie, alors qu'au moment du travail une intervention chirurgicale permettra à la fois d'obtenir un fœtus vivant et de débarrasser la mère de ses fibromes. »

Il ne peut être question, en effet, d'énucléer un fibrome du segment inférieur : les chances de succès sont trop aléatoires, car les difficultés sont grandes, la zone opératoire difficilement accessible, le danger d'hémorragie grand, et les chances de conserver l'utérus bien minimes.

D'ailleurs, pourquoi intervenir en vue de prévenir une dystocie qui peut n'être que problématique ?

Ainsi que le dit Boursier dans son mémoire du Congrès de Nantes de 1901, « il est à peu près toujours impossible de prévoir, avant la fin de la grossesse ou même le début de l'accouchement, qu'un fibrome sera sûrement dystocique ».

Le rétrécissement fibreux n'est pas, en effet, immuable et, à la fin de la grossesse et pendant le travail, le fibrome peut offrir une consistance plus molle, par infiltration œdémateuse, créant par conséquent un obstacle moins sérieux parce que plus souple.

Il pourra se mouler sur les parois du bassin, s'étaler, se laminer et permettre un accouchement jugé impossible avant le terme de la grossesse.

Ce ramollissement sera particulièrement important en cas de « fibrome prævia ». Il libérera la filière pelvienne et permettra à la présentation fœtale de s'engager, en lui laissant le chemin libre, car le rétrécissement fibreux n'est pas seulement un anneau malléable : c'est aussi un anneau mobile ; les fibromes peuvent se déplacer, remonter au-dessus du détroit supérieur, subir, en un mot, un mouvement d'ascension.

Il nous a été donné d'en observer un cas typique, dont voici l'observation :

OBSERVATION IX

Grossesse compliquée de fibrome du segment inférieur. — Ascension du fibrome au dernier mois de la grossesse. — Accouchement normal.

(Observation recueillie à la Maternité clinique.)

M^{me} L..., 38 ans, primipare.

Dernières règles : du 21 au 25 mars 1919.

Les premiers mois de la grossesse se passent sans aucun incident.

Vers la fin de juillet 1919, la malade éprouve de la gêne pour uriner, gêne qui disparaît au bout de quelques jours.

La femme est examinée à cette date. La grossesse est de 4 mois $\frac{1}{2}$. On trouve un utérus très volumineux. Dans le cul de sac droit et au niveau du segment inférieur, le toucher vaginal montre un fibrome gros comme une orange, situé en avant sous la branche droite du pubis. Le fibrome est assez mobile, et a tendance à se déplacer.

1^{er} décembre 1919. — Gros utérus, avec tête foetale très élevée, saillant surtout à gauche.

Au palper, on trouve au-dessus de la branche droite du pubis un épaississement en forme de masse en croissant à convexité supérieure, mais sans limites précises.

Au toucher, on ne sent plus le fibrome, mais un épaississement très marqué du segment inférieur à droite. La tête est très haute.

11 décembre 1919. — Perte des eaux, à midi.

A 16 heures, pas de dilatation, ni même d'effacement du col.

Le palper abdominal permet de délimiter nettement le fibrome, masse en croissant large de 4 à 5 centimètres-longue de 8 à

9 centimètres, situé au-dessus de la branche droite du pubis.

Début du travail le 4 janvier, à 23 heures 50.

Le 5 janvier, à 8 heures, la malade dit souffrir beaucoup dans la région lombaire et le bas ventre.

Au palper, on trouve toujours la tête au-dessus du détroit supérieur, à gauche.

A droite, on délimite toujours le fibrome.

A 11 heures, le palper donne des renseignements bien différents ; la tête est descendue dans le bassin.

Le toucher n'a pas été pratiqué pendant le travail. Expulsion du fœtus en O. P. le 5 janvier, à 12 heures 40. Enfant vivant de 3.600 grammes.

Délivrance par repression à 15 heures 50.

Perte de sang abondante entre l'expulsion et la délivrance. Suite de couches normales.

En résumé, si le fibrome pelvien n'entraîne, au cours de la grossesse, aucun phénomène alarmant, mais qu'il semble, par sa situation, devoir créer des difficultés au moment de l'accouchement, l'expectation sera toujours indiquée jusqu'au terme de la grossesse. C'est seulement à ce moment qu'on se décidera ou non, suivant les circonstances à intervenir.

On voit, en somme, combien est complexe cette question des indications opératoires au cours des fibromes gravidiques.

Nombreuses, en effet, en sont les modalités cliniques, par suite de la variabilité du nombre, de la situation, des dimensions, des rapports anatomiques, de la consistance, des modes de fixation et de la rapidité de développement de ces tumeurs fibreuses.

A l'exception de certains cas bien définis, il est injustifié de formuler une règle de conduite uniforme.

A chaque cas, peut-on dire, correspond une indication différente, tenant à la nature des lésions, aux accidents qu'elles déterminent, à l'âge de la grossesse et aux conditions sociales de la femme.

Il ne faut donc pas être dogmatique, mais opportuniste. Entre l'intervention systématique et l'abstention à outrance, il y a, croyons-nous, place pour un juste milieu, un sage opportunisme, pour le bon sens clinique ; en un mot, qui en dernier ressort doit seul décider.



CHAPITRE III

Indications particulières des Interventions Chirurgicales au Cours de la Grossesse

Pour parer aux accidents observés au cours de la grossesse, alors que la continuation de celle-ci est incompatible avec la vie de la femme, on a conseillé les procédés opératoires suivants :

- 1° La provocation de l'avortement ou du travail ;
- 2° L'ablation du fibrome seul, dans l'espoir que la femme, débarrassée de sa tumeur, pourra mener à terme sa grossesse et accoucher sans difficulté ;
- 3° L'hystérectomie, celle-ci étant au préalable précédée de l'extraction du fœtus, par césarienne, si l'intervention est faite à une époque où le fœtus est viable.

1° Avortement et accouchement provoqués.

Bien que provoquer l'avortement soit la première idée qui vienne à l'esprit, c'est un procédé à rejeter absolument, parce qu'il ne constitue pas une opération logique, car il sacrifie la vie de l'enfant et ne protège pas la mère contre les dangers de la tumeur fibreuse.

C'est, de plus, une opération qui, en pratique, donne des résultats déplorables (40 % de mortalité, d'après la statistique de Kirscheimer).

Dans un utérus fibromateux, les dangers de l'avortement sont augmentés, l'hémorragie est parfois abon-

dante et difficile à arrêter. Le fibrome peut être un obstacle à l'écoulement du sang et des lochies, il peut entraîner la rétention du placenta ; toutes causes propres à augmenter la susceptibilité de la femme à l'infection.

Ces arguments peuvent, *a fortiori*, être invoqués contre l'accouchement prématuré artificiel.

Par suite de la fréquence de l'insertion basse du placenta et du défaut de rétraction de l'utérus fibromateux après l'accouchement, le danger d'hémorragie est particulièrement grand.

De plus, si le fibrome peut être considéré comme dystocique, les difficultés peuvent être aussi grandes que dans l'accouchement à terme ; on ne peut, en effet, concevoir qu'un fibrome capable d'offrir un obstacle insurmontable pour un fœtus à terme, soit à quelques semaines de distance, assez tolérant pour permettre le passage d'un fœtus prématuré, mais viable.

2° ABLATION DU FIBROME SEUL.

La myomectomie, comme la myoénucléation, est une opération conservatrice qui n'entraîne pas de mutilation, supprime la cause des accidents, peut permettre d'espérer la continuation de la grossesse et l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

Laissant intacts utérus et annexes, elle peut permettre l'évolution de grossesses ultérieures, car si celles-ci ne sont pas fréquentes après la myomectomie, cet espoir n'est cependant pas illusoire.

Ce serait donc l'opération idéale, à pratiquer au cours de la grossesse.

Le chirurgien a le choix entre la voie vaginale et la voie abdominale.

La voie vaginale n'a cependant que des indications très restreintes.

Elle est la voie d'élection, dans les cas de fibromes du col, sessiles ou pédiculés, situés d'une façon telle que l'hémostase opératoire peut être absolue.

C'est une opération sans danger, qui n'entraînera que très exceptionnellement l'avortement.

Mais c'est un procédé qui ne peut être envisagé que de façon exceptionnelle dans les fibromes du segment inférieur, ou les fibromes du col ayant une large base d'implantation, par suite de la difficulté qu'on éprouve à les amener par le vagin.

Dans tous les autres cas; on devra recourir à la voie abdominale qui donne à l'opérateur une vue nette du champ opératoire, la facilité de séparation des adhérences, lui donne également un meilleur accès à la tumeur, et lui permet d'assurer plus facilement l'hémostase.

Néanmoins, plusieurs objections peuvent être faites à la myomectomie.

L'énucléation des fibromes par la voie abdominale entraîne souvent l'avortement et l'accouchement prématuré; toutes les statistiques en font foi, même les plus satisfaisantes, telle celle que donne Heineck, de Chicago, qui porte sur 117 cas observés de 1909 à 1918, et qui donne 28 avortements, soit 24 %.

La myomectomie a contre elle, également, la fréquence des récidives ou plutôt la continuation d'accroissement des fibromes omis lors de l'opération, et la possibilité de rupture de l'utérus au moment de l'accouchement. De plus, peu nombreux sont les cas où le chirurgien peut se contenter d'enlever le fibrome en conservant l'utérus et en laissant évoluer la grossesse.

Il est impossible, en effet, d'apprécier à l'avance les connexions du fibrome, et c'est seulement le ventre ouvert que l'on peut juger si la myomectomie est praticable, ou s'il faut recourir à l'hystérectomie.

En cas de fibrome libre de toute adhérence, relié à l'utérus par un pédicule peu volumineux, l'extirpation est facile et l'intervention comporte peu de gravité.

Mais lorsque le point d'implantation est large, lorsque la tumeur est adhérente aux organes voisins, incarceration dans le petit bassin, son ablation seule, en ménageant l'utérus est difficile.

Dans certains cas, l'intervention commencée par une myoénucléation se termine par une hystérectomie, car l'opérateur a pu, au cours de tentatives d'énucléation, ouvrir la cavité utérine, ou bien il a jugé, l'énucléation terminée, que la couche de tissu musculaire séparant le lit du fibrome de la muqueuse utérine était trop mince pour permettre une réfection de la paroi suffisamment résistante pour supporter, sans danger, les contractions du travail.

Il a pu également être amené à enlever l'utérus, par suite des difficultés d'hémostase qu'il éprouve malgré tous les soins qu'il peut apporter au capitonnage de la loge du fibrome, le tissu utérin très vasculaire, « saignant comme une éponge et déchirant sous les fils et les ligatures », ou encore parce qu'il craint consécutivement à des manœuvres longues et compliquées, des dangers d'infection.

Ce sont là arguments qui, certes, ne condamnent pas le procédé, mais qui montrent que cette opération ne sera justifiée au cours de la grossesse, que lorsque la vie de la femme sera menacée par des complications graves.

Une exception doit être faite, cependant, pour les fibromes du col pédiculés, ou les fibromes sessiles d'énucléation facile, car, comme nous l'avons montré, c'est dans ces cas une opération le plus souvent bénigne, n'entraînant pas l'avortement.

III. — SUPPRESSION SIMULTANÉE DU FIBROME

ET DE L'UTÉRUS

Dans le traitement des fibromes de l'utérus compliquant la grossesse, l'hystérectomie est une opération de nécessité, justifiée par les dangers que court la mère, et lorsque l'énucléation est jugée impossible par suite de la situation, du volume, de la multiplicité des fibromes, ou de la dégénérescence fibreuse de l'utérus.

Se trouve-t-on amené à *intervenir à un stade peu avancé* de la grossesse, alors que le fœtus n'est pas viable, les conditions sont les mêmes que s'il s'agit d'une hystérectomie en dehors de la grossesse. Le produit de conception ne compte pas. On peut extraire fibrome et utérus, sans avoir besoin d'ouvrir ce dernier.

On a donc le choix entre l'hystérectomie abdominale ou vaginale ; mais celle-ci, au cours de la grossesse, n'a que de rares indications, et tend à être de plus en plus délaissée.

C'est donc à l'hystérectomie abdominale qu'on donne la préférence : celle-ci pouvant être ou totale ou supra-vaginale.

Cette dernière est certainement plus rapide, elle n'expose pas aux hémorragies de la tranche vaginale, et dispense d'ouvrir le vagin ; mais, pour y recourir, faut-il qu'elle puisse permettre l'ablation totale de la tumeur.

Elle a, de plus, l'inconvénient de laisser un moignon

cervical, qui peut être lui-même myomateux ou diversement affecté et qui, plus tard, pourra être le siège de transformations néoplasiques diverses.

C'est pour cette raison que beaucoup d'auteurs préfèrent l'hystérectomie totale pendant la grossesse.

Malgré les progrès de technique opératoire et d'asepsie, c'est une opération qui comporte encore une certaine gravité, puisque Jamain, dans sa thèse, a réuni 67 cas d'hystérectomie avec 13 morts, soit 19 % de mortalité.

Lorsque l'intervention se trouve motivée à une *époque rapprochée du terme*, alors que l'enfant est viable, l'hystérectomie doit être précédée de l'*opération césarienne*.

Nous ne croyons pas qu'il faille s'en tenir à la césarienne conservatrice, car si en agissant ainsi, l'opérateur remplit l'indication pressante, qui est de délivrer la femme de sa grossesse et de sauver le fœtus, il laisse la mère exposée à une nouvelle grossesse, avec retour probable des mêmes accidents.

On pourrait objecter en faveur de la césarienne simple, qu'après l'accouchement les fibromes peuvent regresser et même disparaître et qu'à une grossesse ultérieure il peut ne pas se produire d'accidents ; mais, dans certains cas, au lieu de décroître, les fibromes prennent une extension rapide, une véritable marche galopante ; ils peuvent se nécroser, se sphacéler, être ainsi une nouvelle menace pour la femme, et rendre l'hystérectomie inévitable.

Certains auteurs enlèvent également l'utérus, contenant le fœtus, sans avoir au préalable ouvert l'organe.

Cette pratique, très logique quand il s'agit d'un enfant mort, ou d'un utérus infecté, parce qu'en évitant

l'ouverture de l'œuf, on n'a pas la crainte de voir le liquide amniotique souiller les compresses, ne saurait se recommander en cas d'enfant vivant, sauf certains cas particuliers, exceptionnels, ou chez une femme anémiée, on désirerait réduire au minimum toute perte de sang.

C'est, en effet, compromettre la vie de l'enfant que de ne l'extraire qu'après avoir enlevé l'utérus, quelle que soit l'habileté et la rapidité d'exécution de l'opérateur.

« Tous ceux, dit Lepage, qui ont extrait par laparotomie des fœtus vivants, même chez des femmes qui n'étaient pas en travail, connaissent l'état de pâleur et de demi-syncope dans lequel se trouvent ces enfants : est-il sage d'exposer la vie de l'enfant en cherchant à l'extraire contenu dans l'utérus ? »

Après la césarienne, l'opération sera complétée par l'ablation de l'utérus et des fibromes, en recourant, suivant les circonstances, à l'hystérectomie supra-vaginale ou à l'hystérectomie totale.

Nous ne citerons que pour mémoire l'amputation utéro-ovarique avec pédicule externe ou opération de Porro, qui tend de plus en plus à être abandonnée.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes gravidiques sont, le plus souvent, bien tolérés pendant la grossesse. L'abstention opératoire doit donc être la règle générale.

II. — L'intervention chirurgicale n'est légitimée pendant la grossesse que s'il survient des accidents graves (compression, torsion du pédicule...) menaçant directement la vie de la femme, ou exposant à l'interruption de la grossesse.

Et, dans le cas de certains fibromes gravidiques, dont l'ablation facile à réaliser sans compromettre la grossesse met la femme à l'abri de complications graves pendant l'accouchement, et les suites de couches (fibromes du col utérin). L'intervention sera pratiquée, autant que possible, à la fin de la grossesse, afin de réduire au minimum les risques d'expulsion prématurée.

III. — L'intervention de choix est la « Myomectomie » (fibrome pédiculé, fibrome du col utérin, fibromes facilement énucléables). Lorsque celle-ci est d'exécution impossible, on aura recours à l'hystérectomie totale ou subtotale.

IV. — Si l'opération est tardive et l'enfant viable, on fera l'opération césarienne.

Elle sera, en général, suivie d'hystérectomie.

VU : *Le Président,*

BRINDEAU.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BABLET. — Th. Bordeaux, 1910. *Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse.*

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *Pratique de l'art des accouchements.*

BERGER. — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.* Th. Paris, 1907.

BERNIOLLE. — Th. Paris, 1906. *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.*

BIANCHARD. — Th. Paris, 1907. *Torsion des fibromes sous-séreux pendant la grossesse.*

BOURSIER. — *Intervention chirurgicale dans les dystocies par fibromes.* (Congrès de Nantes, 1901.)

BOQUEL. — *La pratique de la dystocie.*

BRINDEAU. — Société d'obstétrique de France, 1905. *Bulletin Médical*, Paris, 1906.

BURTY. — Th. Paris, 1907. *Fibromes compliquant la grossesse.*

CHAVANNAZ. — Gynécologie et obstétrique, 1920. *Nécrobiose des fibromes utérins et grossesse.*

DELAGENIÈRE. — Congrès de G. O. P., Nantes, 1901. *Comptes rendus Soc. O. G. P.*, 1901.

FORGUE ET MASSABUAU. — Gynécologie. T. XXXIV du *Nouveau Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1916.

GACHE. — *Travaux d'obstétrique.*

GROSSE. — Th. Paris, 1902. *Indications de l'intervention dans les fibromes gravidiques au cours de la grossesse et pendant le travail.*

— *Comptes rendus Soc. O. G. P.*, 1904.

- *Revue mensuelle de gynécologie, d'obst. et de P.*, 1913.
- HEIMO. — *Annales de gynécologie*, avril 1917.
- HEINECK. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, septembre 1920.
- JAMAIN. — Th. Paris, 1907. *Fibromes utérins et puerpéralité*.
- JOUBERT. — Th. Paris, 1907. *Fibromes et grossesse. Indications des interventions chirurgicales*.
- LEFOUR. — Thèse d'agrégation (1880).
- LEPAGE. — *Comptes rendus de la Soc. O. G. P.*, mars 1900, juin 1901-1911.
- LEPAGE ET MOUCHOTTE. — *Annales de gynécologie*, 1905.
- MEHEUT. — Th. Paris, 1902. *Interventions au cours de la grossesse compliquée de fibromes*.
- MOUCHOTTE. — *Annales de G. et d'O.*, 1911.
- NETTER. — Th. de Paris, 1911. *Insertion du placenta dans les utérus fibromateux*.
- PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1897.
— *Comptes rendus Soc. O. G. P.*, juin et juillet 1901.
— *Congrès de Nantes*, 1901.
— *Bulletin Médical*, Paris, 1909.
- PIQUAND ET LEMELAND. — *Revue de gynécologie*, 1906.
— *L'obstétrique*, 1910.
- POTOCKI. — *Pratique médico-chirurgicale*.
— *Comptes rendus Soc. O. G. P.*, avril 1911.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1905, 4^e édition.
- RIBEMONT, DESSAIGNES ET LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*, 1914.
- TURNER. — Th. Paris, 1900. *Fibromes et puerpéralité*.
- VARNIER. — *Annales de gynécologie*, 1901.
* — *Comptes rendus Soc. O. G. P.*, mai 1901.

